| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br>FORMATO DE INSCRIPCIÓN FÍSICA PARA LA PRE - MATRÍCULA EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA | F2.MT1.PP | 30/01/2025 |
|---|---|---|---|
| | | Versión 2 | Página 2 de 2 |
| | | Clasificación de la información: Pública | |

**Fecha de diligenciamiento:** 1 | 04 | 2025

## INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

**Tipo de participante:** (●) Niño/a entre 0 y menor de 5 años ( ) Persona Gestante

**Tipo de vinculación:** (●) Participante de nuevo ingreso ( ) Participante de continuidad

**Unidad de Servicio sugerida:** CDI Fronteras de Paz

**Tipo documento identidad:** (●) Registro Civil ( ) Tarjeta de identidad ( ) Cédula de ciudadanía ( ) Pasaporte ( ) Permiso especial permanencia ( ) Partida o Acta de nacimiento ( ) Visa ( ) Tarjeta movilidad fronteriza ( ) Permiso de protección temporal ( ) Cédula extranjería ( ) Sin documento **Nacionalidad:** _____

**Número de documento:** 1.122.344.000

**Fecha nacimiento:** 22 | 04 | 2022

**Nombres:** Sebastian Daniel

**Apellidos:** Villasmil Arayo

**Presenta discapacidad?** ( ) Si (●) No

**¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos étnicos?** ( ) Si (●) No

**¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos poblacionales?** ( ) Si (●) No

**Indique cuales aplican:** ( ) Física ( ) Visual ( ) Auditiva ( ) Intelectual ( ) Psicosocial (mental) ( ) Múltiple ( ) Sordoceguera ( ) N/A

**Seleccione la que aplique:** ( ) Afrocolombiano ( ) Indígena ( ) No se autorreconoce ( ) Comunidad negra ( ) Rom / Gitano ( ) Palenquero (a) ( ) Raizal

**Indique cuales aplican:** ( ) Migrante ( ) Campesinado ( ) Firmante de paz ( ) Víctima conflicto armado

## DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

**Departamento residencia:** Putumayo

**Municipio de residencia:** San Miguel

**Zona:** Urbana

**Barrio:** 9 de abril

**Vereda:**

**Sector:**

**Dirección:** Diagonal al hotel el almendra

## INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

**Parentesco:** (●) Madre ( ) Padre ( ) Cuidadoría

**Tipo documento identidad:** ( ) Tarjeta identidad ( ) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Permiso especial permanencia ( ) Partida o Acta de nacimiento ( ) Visa ( ) Tarjeta movilidad fronteriza (●) Permiso de protección temporal ( ) Sin documento **Nacionalidad:** _____

**Número de documento:** 7110847

**Nombres:** Michael Adriana

**Apellidos:** Villasmil Arayo

**País de nacimiento:** Venezuela

**Fecha nacimiento:** 15 | 04 | 2000

**Correo electrónico:** lismontenegro@uniminuto.edu.co

**Número de celular:** 3134324990

**Número de fijo:**

## AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

**Autoriza el registro en sistema?:** ( ) Si ( ) No
https://prematricula.icbf.gov.co

**Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador:** Michael Villasmil

**Nombre y Firma del profesional que diligencia:** Andrea Montenegro

**Observaciones:**

Fundación Alma de Vida

Fomentando caminos de esperanza

**FICHA DE INFORMACION - VIGENCIA 2025**
**CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL - MODALIDAD INSTITUCIONAL**



**NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:** Sebastian Daniel Villasmil Araujo

**Nº DOCUMENTO:** 1122.344.000 **TIPO DOCUMENTO:** RC X CC ___ OTRO ___

**FECHA DE NACIMIENTO:** 22-04-2022 **EDAD:** 2.A 11M 1

**LUGAR DE NACIMIENTO:** San Miguel (La Grajda)

**NOMBRE DE LA UDS:** CDI Fronteras de Paz

**CODIGO UDS:** 867571126 97 **BARRIO/VEREDA:** B/ 7 de Agosto

**FECHA DE INGRESO:** 1-04-2025 **FECHA DE RETIRO:** _____

**SISBEN:** A.3 **EPS:** Emssanar **RÉGIMEN (C)**___ **(S)** X

**DESPLAZADO: SI**___ **NO** X **DISCAPACIDAD: SI**___ **NO** X **¿CUAL?** _____

**GRUPO ETNICO: SI**___ **NO** X **¿CUAL?** _____

**GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI**___ **NO** X **¿CUAL?** _____

**NOMBRE DE LA MADRE:** Michael Adriana Villasmil Araujo

**Nº CÉDULA:** V. 7110847 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Bogota.

**NOMBRE DEL PADRE:** _____

**Nº CÉDULA:** _____ **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** _____

**Nº DE CELULAR:** _____

**NOMBRE DEL ACUDIENTE:** Michael Adriana Villasmil Araujo

**Nº CÉDULA:** V. 7110847 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Bogota

**DIRECCIÓN VIVIENDA:** B/ 9 de Abril **ZONA POBLACIONAL: (R)**___ **(U)**___

**NUMERO DE CELULAR** 3115521183 - 3134324990

Michel Villasmil. — **FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE**

Andrea Montenegro — **NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO**

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.122.344.000

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61322532

*61322532*

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código X E Z

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE SAN MIGUEL(LA DORADA) - COLOMBIA - PUTUMAYO - SAN M

**Datos del Inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| VILLASMIL | ARAUJO |

Nombre(s)

SEBASTIAN DANIEL

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2022 Mes ABR Día 22 | MASCULINO | O | POSITIVO |

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA)

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 169593194 |

**Datos de la madre o padre** *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

VILLASMIL ARAUJO MICHAEL ADRIANA

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| DE 28157347 | VENEZUELA |

**Datos de la madre o padre** *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| | |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos

VILLASMIL ARAUJO MICHAEL ADRIANA

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| DE 28157347 | |

**Datos primer testigo**

Apellidos y nombres completos

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| | |

**Datos segundo testigo**

Apellidos y nombres completos

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| | |

| Fecha de Inscripción | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
|---|---|
| Año 2022 Mes JUN Día 02 | ROY EDISON CALLE QUIRAMA - REGIST<br>Nombre y firma |

| Reconocimiento paterno | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento |
|---|---|
| Firma | Nombre y firma |

ESPACIO PARA NOTAS

02.JUN.2022 - VALIDO PARA DEMOSTRAR NACIONALIDAD SEGUN RESOLUCION 8617 DEL 19 DE AGOSTO DE 2021.

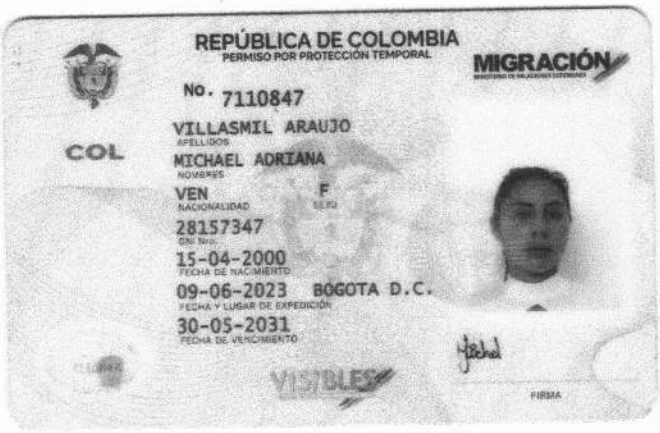
dispapeles 76313

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL 30518972-7

ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

**San Miguel (La Dorada) - Putumayo, 02 de junio de 2022**
**VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES.**



REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 7110847

COL

VILLASMIL ARAUJO
APELLIDOS

MICHAEL ADRIANA
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

F
SEXO

28157347
DNI Nro.

15-04-2000
FECHA DE NACIMIENTO

09-06-2023 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

VISIBLES

FIRMA



E1376084

INDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Carlos Fernando García Manosalva
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL7110847<<0<<<<<<<<<<<<<<<
0004156F3105308VENE1376084<<<9
VILLASMIL<ARAUJO<<MICHAEL<ADRI

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

**Fecha de consulta:** **26/03/2025**

**Ficha:** **86757674952700006964**

# A3

## Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

**Nombres:** **SEBASTIAN DANIEL**

**Apellidos:** **VILLASMIL ARAUJO**

**Tipo de documento:** **Registro civil**

**Número de documento:** **1122344000**

**Municipio:** **San Miguel**

**Departamento:** **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

**Encuesta vigente:** **09/10/2023**

**Última actualización ciudadano:** **09/10/2023**

**Última actualización via registros administrativos:**

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente**

## Contacto Oficina SISBEN

**Nombre administrador:** **MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO**

**Dirección:** **Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad**

**Teléfono:** **4210537 - 3213138790**

**Correo Electrónico:** **sisben@sanmiguel-putumayo.gov.co**

ADRES

# ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

## Resultados de la consulta

**Información Básica del Afiliado :**

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | RC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 1122344000 |
| NOMBRES | SEBASTIAN DANIEL |
| APELLIDOS | VILLASMIL ARAUJO |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | PUTUMAYO |
| MUNICIPIO | SAN MIGUEL |

**Datos de afiliación :**

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | EMSSANAR S.A.S. | SUBSIDIADO | 06/07/2022 | 31/12/2999 | CABEZA DE FAMILIA |

| Fecha de Impresión: | 12/04/2025 17:34:48 | Estación de origen: | 192.168.70.220 |
|---|---|---|---|

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS EMSSANAR EPS SAS
### Régimen Subsidiado

EMSSANAR EPS SAS, CERTIFICA que el afiliado relacionado a continuación, presenta la siguiente información a la fecha de su expedición:

| | |
|---|---|
| Tipo y Número de identificación: | RC 1122344000 |
| Apellidos: | VILLASMIL ARAUJO |
| Nombres: | SEBASTIAN DANIEL |
| Ficha Sisben: | 86757674952700006964 |
| Nivel Sisben: | Nivel I |
| Grupo Sisben | A03 |
| Tipo de discapacidad: | Ninguna |
| Plan de salud: | Régimen Subsidiado |
| Estado de servicio: | Vigente |
| Fecha de Afiliación: | 06/07/2022 |
| Departamento de Afiliación: | PUTUMAYO |
| Municipio de Afiliación: | SAN MIGUEL |
| Zona: | Urbana - Cabecera Municipal |

**IV - Afiliado cumple con metodología IV SISBEN.**

**IPS de atención de primer nivel**

| IPS | Direccion | Servicio |
|---|---|---|
| ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA - SAN MIGUEL ( PUTUMAYO ) | KR 7 # 1 - 36 | MEDICINA GENERAL |

Tiene derecho a recibir los servicios contemplados en el Plan de Beneficios en Salud.
Válida únicamente para comprobación de derechos de la red prestadora, en la fecha de expedición. No es válido para aclarar multiafiliación ni para traslados (Decreto 806 Artículo 55 y 56).

Señores Prestadores: Esta certificación es válida únicamente para corroborar el estado del afiliado en el momento de la prestación del servicio, de la población contratada y remitida periódicamente por la institución según normatividad. En ningún momento esta certificación puede ser empleada para reemplazar las autorizaciones necesarias para la prestación de servicios en los niveles superiores de complejidad

En constancia se firma el 4 de Abril de 2025 a solicitud del interesado.

**JEFE COMERCIAL**
**EMSSANAR EPS SAS**

Toda certificación generada es almacenada en base de datos para su verificación, la modificación parcial o total de este documento puede incurrir en un delito.

# CARNET DE CONTROL

## NIÑO Y NIÑA

## ...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

## MIS DATOS

| | |
|---|---|
| Nombres: SEBASTIAN DANIEL | Apellidos: VILLAMIL ARAUJO |
| Fecha de nacimiento: 22 DÍA / 04 MES / 22 AÑO | Historia Clínica: 1122344000 |
| Barrio/Vereda: B/ 9 DE ABRIL | Responsable del niño: |
| Teléfono: | EPS: 118 |

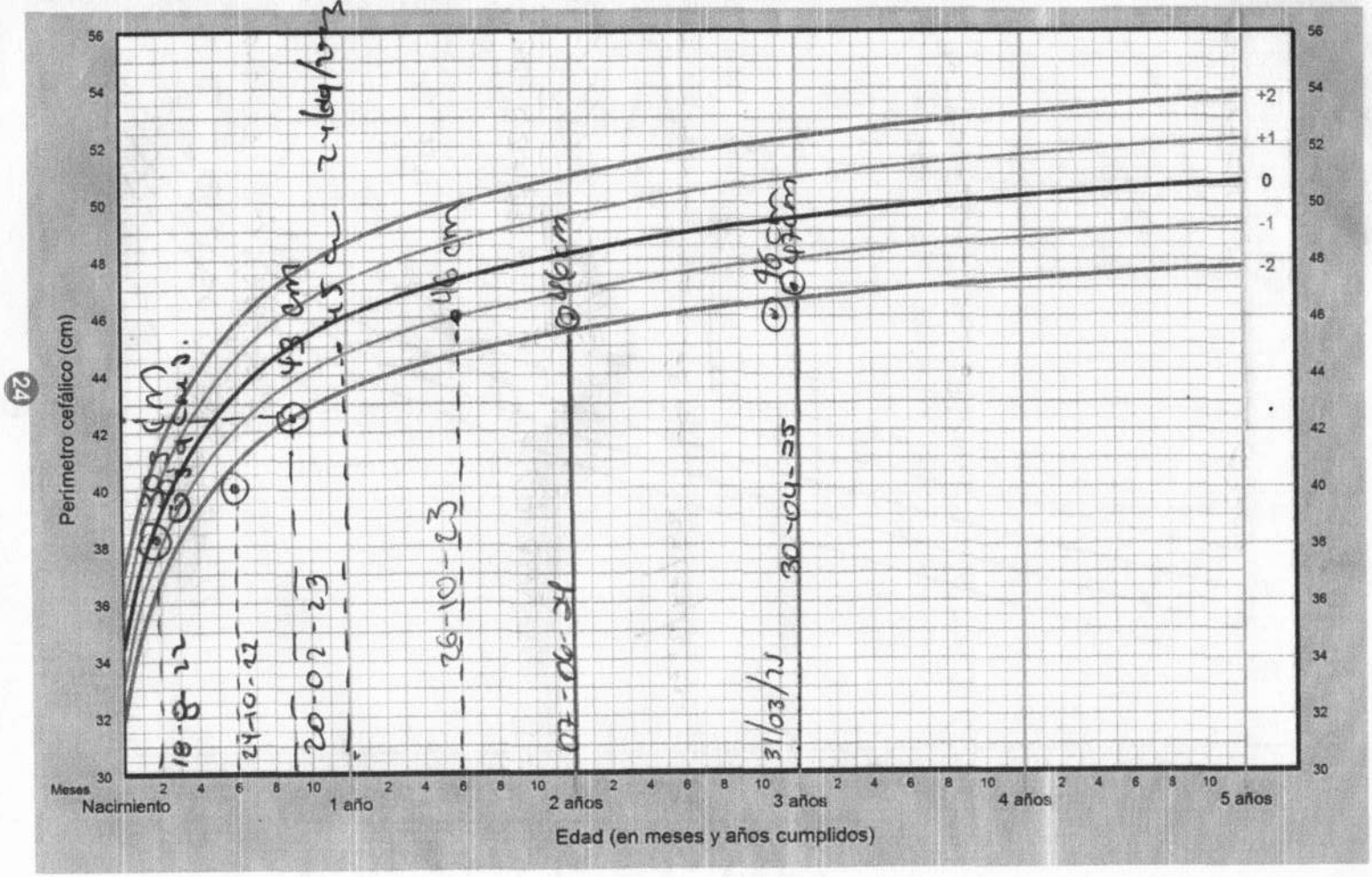
# CITAS PROGRAMADAS

| DÍA | MES | AÑO | HORA | ASISTIÓ SI | ASISTIÓ NO |
|---|---|---|---|---|---|
| 14 | 08 | 2022 | enter. | | |
| 18 | 10 | 2022 | MEDICO | Si | |
| 18 | Enero Febrero | 2023 | Medico | | |
| 20- | 02 | 23 | ENF | Si Joffre | |
| 18 | 04 | 23 | MEDICO | | |
| 23 | 10 | 2023. | ENF | Si V | |
| 22 | 10 | 2024 | Enf. | | |
| 31 | 03 | 2025 | Enf | Si | P. Loja |
| 22 | 09 | 2025 | Med | Si | |
| 30 | Abril | 2026 | Enf. | | |

| Fecha de atención | Peso | Talla | Perímetro cefálico | Perímetro braquial | IMC | Fecha del próximo control | Firma del profesional |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10-07-22 | 5,2 | 55 | 38,5 | 13 | | 10-08-2012 | |
| 18-08-22 | 5820 | 57 | 39 | 13 | | 18-10-22 | |
| 24-10-22 | 6.680 | 62 | 40 | 13 | 18 | 18-01-23 | |
| 20-02-23 | 7.7 | 67 | 43 | 14 | 17,2 | 18-04-23 | |
| 24/04/2023 | 8,6 | 68 | 45 | 16 | 18,6 | 23/10/2023 | |
| 26/10/2023 | 9.9 | 70 | 46 | 15 | 20 | 22/10/2024 | |
| 07/04/2024 | 11 | 77 | 46 | 16 | 18.6 | 22/10/2024 | |
| 31/03/25 | 12.9 | 84 | 46 | 16 | 19.3 | 22/04/25 | |
| 30/04/25 | 13.8 | 86 | 47 | 16 | 18.7 | 30/04/26 | |

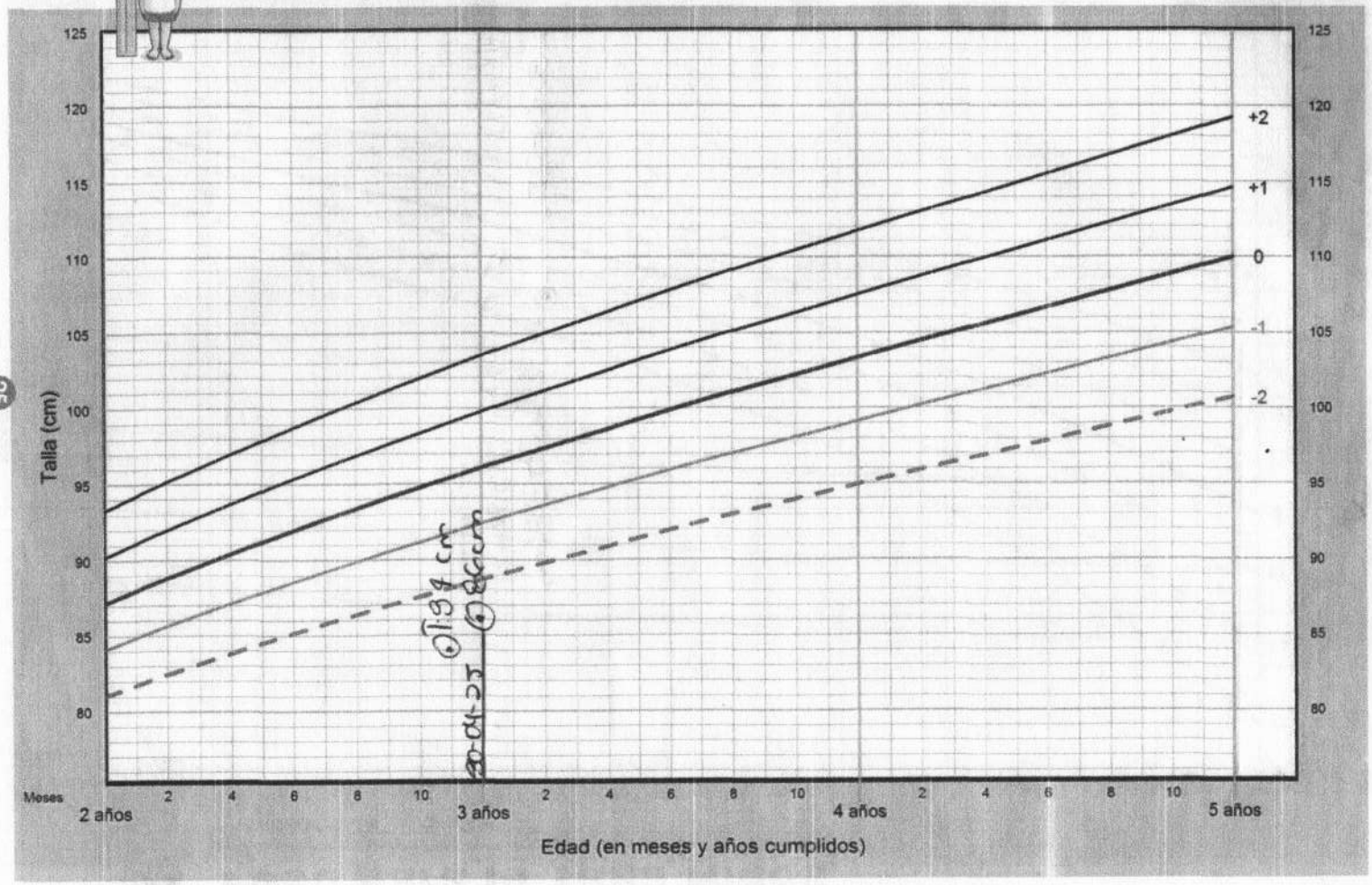
# Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



# Talla para la Edad Niños

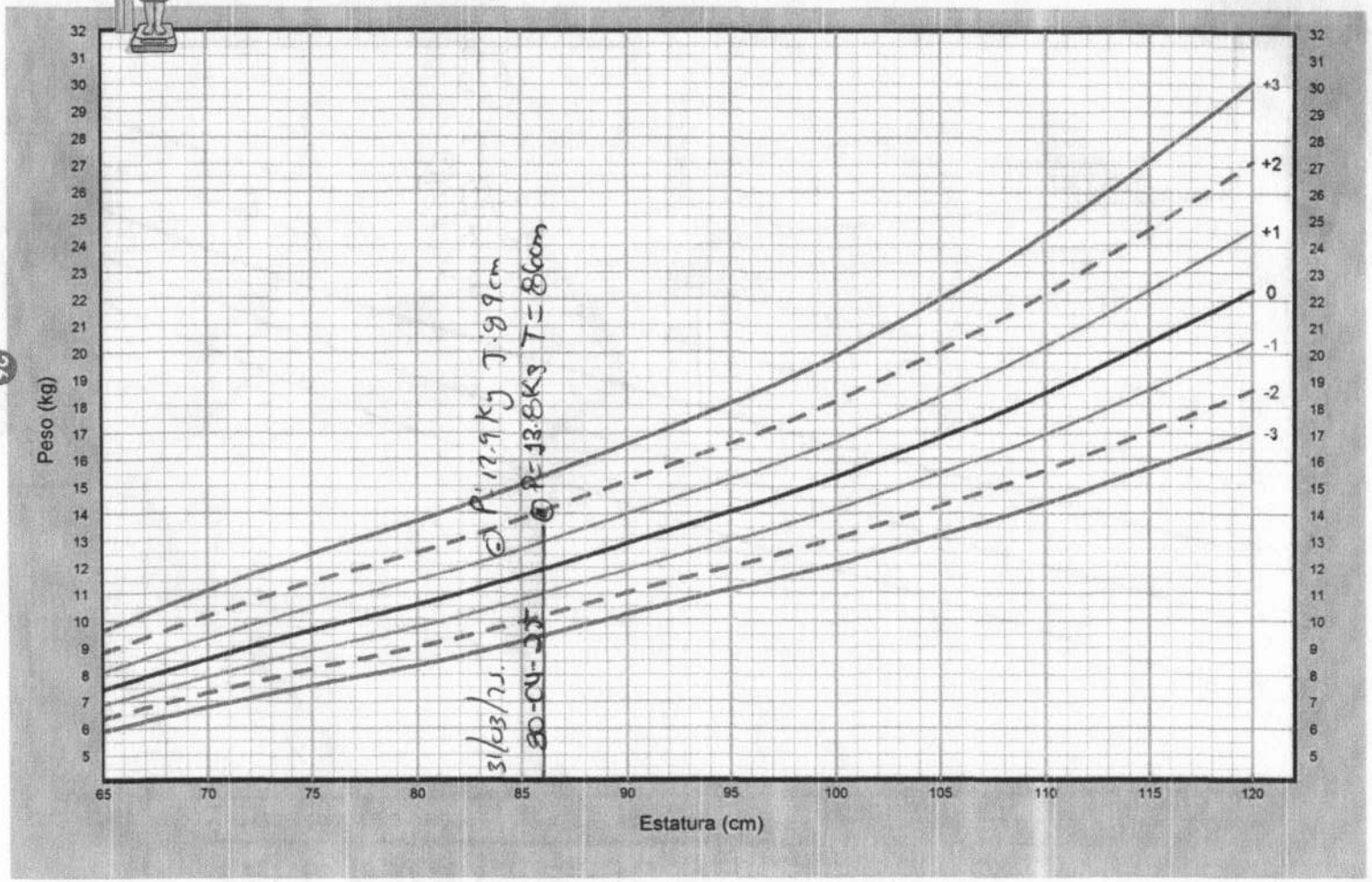
Puntuación Z (2 a 5años)



13

# Peso para la Talla Niños

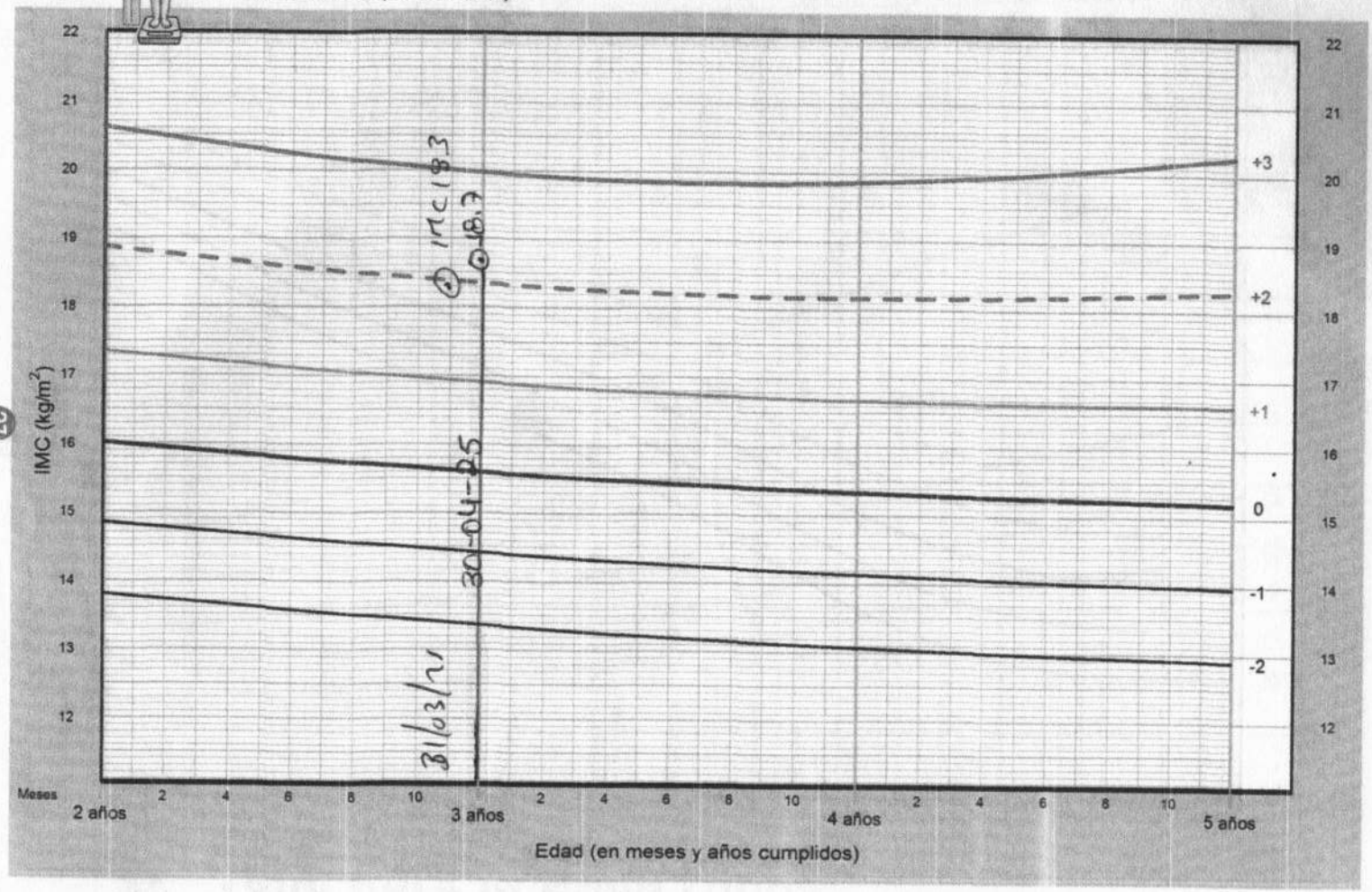
Puntuación Z (2 a 5 años)



14

# IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



## VALORACIÓN INTEGRAL DE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA

| SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Resulado Tamizaje Neonatal | TSH neonatal | Normal | | Alterado | | | | | |
| | Auditivo OEA/PEAA | Normal | | Alterado | | | | | |
| | Cardipopatía Congénita Compleja | Normal | | Alterado | | | | | |
| | Visual | Normal | | Alterado | | | | | |
| ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA | | | | | | | | | |

## ATENCIÓN EN SALUD POR ENFERMERÍA (E), MEDICINA (M), PEDIATRÍA (P) O MEDICINA FAMILIAR (MF)

| Edad | Fecha | | | Valoración nutricional | | Puntuación Z | Atención en salud por |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Día | Mes | Año | Peso | Talla | | |
| Al mes | | | | | | | |
| 2 a 3 meses | | | | | | | |
| 4 a 5 meses | | | | | | | |
| 6 a 8 meses | | | | | | | |
| 9 a 11 meses | | | | | | | |
| 12 a 17 meses | | | | | | | |
| 18 a 23 meses | | | | | | | |
| 24 a 29 meses | | | | | | | |
| 3 años | | | | | | | |
| 4 años | | | | | | | |
| 5 años | | | | | | | |

### FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1.ª entrega | | | |
| 2.ª entrega | | | |
| 3.ª entrega | | | |

### SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1.ª entrega | | | | | | | | |
| 2.ª entrega | | | | | | | | |
| 3.ª entrega | | | | | | | | |
| 4.ª entrega | | | | | | | | |
| 5.ª entrega | | | | | | | | |

### ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| A partir de 6m | | | |
| 1 año | | | |
| 2 años | | | |
| 3 años | | | |
| 4 años | | | |
| 5 años | | | |

### VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

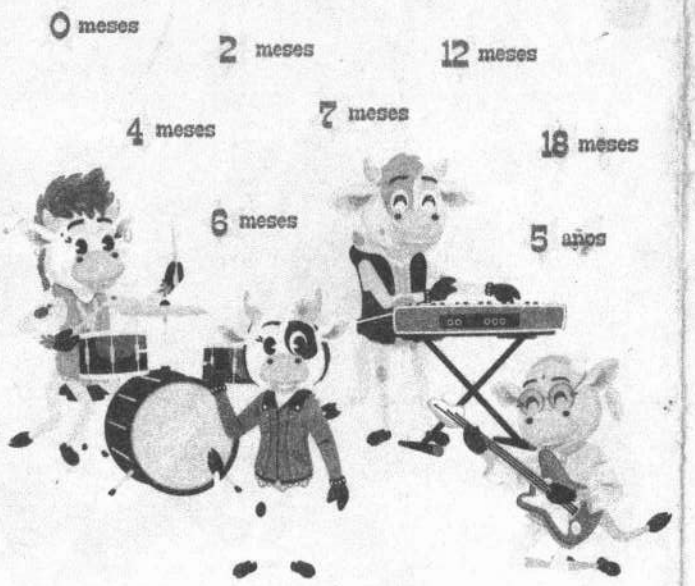
| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 3 años | | | | | |
| 4 años | | | | | |
| 5 años | | | | | |

*Menor o igual a 20 normal

**Vacunar oportunamente con todas las dosis a tus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:**

Tuberculosis meníngea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia causada por neumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza, sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, hepatitis A, fiebre amarilla y virus del papiloma humano.

**Edad de aplicación de las vacunas a los niños y niñas menores de 6 años:**




**Ministerio de Salud y Protección Social**

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

La salud es de todos | Minsalud

# Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: SEBASTIAN DAVID ARAUJO

Fecha de nacimiento: 22-ABRIL-2022

Nº de certificado de nacido vivo:

Registro civil: 1.122.344.000

Sexo: MASCULINO

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 2900 Talla: 50

Dirección: B/ 9 DE ABRIL

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: MICHEL ULLOA

Municipio de residencia: SAN MIGUEL

Departamento: PUTUMAYO

CC: 28 757 347 #118

**Busca ya las vacunas ¡es gratis, hazlo de una!**

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

**Nombres y Apellidos:** **Tipo identificación:** **No. ID:**

| Edad | Me protege de | Dosis | Fecha de aplicación Día | Mes | Año | Laboratorio | Número de lote | IPS vacunadora | Fecha próxima cita Día | Mes | Año | Nombres y apellidos del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐ | | | | | | | | | |
| Recién nacido | Tuberculosis meningea (BCG) | Única | 22 | 4 | 22 | Serum | 037061 10 | HFID | | | | Sandy M |
| | Hepatitis B | Recién nacido | 22 | 4 | 22 | Serum | 032 OX017 D | HFID | | | | Sandy M |
| | | | Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐ | | | | | | CITA: | | | |
| 2 meses | Poliomielitis (VIP) | 1.ª | 05 | 07 | 22 | Biological | 21150V6 | | 22-JUNIO | | | Sandy Martinez |
| | PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) | 1.ª | 05 | 07 | 22 | Serum | 28 JO 40 3 EE D | HFID | 2022 | | | Tec. Aux. en Enfermer |
| | PENTAVALENTE Hepatitis B | 1.ª | 05 | 07 | 22 | | 28 JO 40 3 EE D | | | | | CC. No. 7122335 |
| | PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT) | 1.ª | 05 | 07 | 22 | | 28 JO 40 3 EE D | | | | | |
| | Diarrea por rotavirus | 1.ª | 05 | 07 | 22 | GSK | ARVLC892AC | | | | | |
| | Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo | 1.ª | 05 | 07 | 22 | GSK | AJPNB344 BA | | | | | |
| | | | Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐ | | | | | | CITA: | | | |
| 4 meses | Poliomielitis (VIP) | 2.ª | 5 | 9 | 22 | Serum | 211S004 | Hospital Hernando | 05- Septiembre | | | Karen Achicanoy |
| | PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) | 2.ª | 5 | 9 | 22 | Serum | 28S0404 38D | | 2022. | | | 1075296983 |
| | PENTAVALENTE Hepatitis B | 2.ª | 5 | 9 | 22 | Serum | 28S0404 38D | | | | | |
| | PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT) | 2.ª | 5 | 9 | 22 | Baum | 28S0404 38D | | | | | |
| | Diarrea por rotavirus | 2.ª | 5 | 9 | 22 | GSK | AROIC892AF | | | | | |
| | Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo | 2.ª | 5 | 9 | 22 | GSK | ASPNB338KA | | | | | |
| | | | Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐ | | | | | | | | | |
| 6 meses | Poliomielitis (VIP) | 3.ª | 24 | 10 | 22 | Serum | 2114014. | | cita. | | | Sandy M |
| | PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) | 3.ª | 24 | 10 | 22 | Serum | 2851402 2A | | 5/NOV/2022. | | | Karen Achicanoy |
| | PENTAVALENTE Hepatitis B | 3.ª | 24 | 10 | 22 | Serum | 2851402 2A | | | | | 1075296983 |
| | PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT) | 3.ª | 24 | 10 | 22 | Serum | 2851402 2A | | | | | |
| | Influenza estacional | 1.ª | 30 | 05 | 23 | Green | V2502300 1 | HFID | | | | |
| 7 meses | Influenza estacional | 2.ª | 04 | 07 | 23 | Green | V505230 01. | HFID. | | | | |
| 12 meses | Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP) | 1.ª | 24 | 4 | 2023 | Serum | U0164 61. | | cita | | | Sandy M |
| | Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo | Refuerzo | 24 | 4 | 2023 | Serum. | 28210016B. | | 22/4/2023 | | | Karen A |
| | Varicela | 2.ª | 24 | 4 | 2023 | Serum | T036268 | | | | | Eduardo |
| | Hepatitis A | Única | 24 | 4 | 2023 | GSK | 0131N109A. | | | | | Kerly J. |
| | Influenza estacional | Anual | 07 | 03 | 24 | Butantan | 240094791 00 | HFID | | | | Karen A. J. |
| 18 meses | Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐) | 1.er refuerzo | 25 | 10 | 2023 | Biological | 2233400 1 | HFLD | | | | |
| | Difteria, tosferina y tétano (DPT) | 1.er refuerzo | 25 | 10 | 2023 | SERUM | 2851403 3C | HFD | | | | |
| | Fiebre amarilla | Única | 24 | 4 | 2023 | MSP | T362411 | | | | | |
| 5 años | Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐) | 2.º refuerzo | | | | | | | | | | |
| | Difteria, tosferina y tétano (DPT) | 2.º refuerzo | | | | | | | | | | |
| | Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP) | 2.º | 25 | 10 | 2023 | Serum | 0132N048B | HFLD | Cita: | | | Kerly. J. |
| | Varicela | Refuerzo | | | | | | | 5 años | | | |
| Niñas a partir de los 9 años | Virus del papiloma humano (VPH) | 1.ª | | | | | | | Cumplidos. | | | |
| | | 2.ª | | | | | | | | | | |
| | | 3.ª | | | | | | | | | | |
| Vacunas complementarias y otras dosis | | | | | | | | | | | | |

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir las niñas y los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos

Busca las vacunas gratis, haz de una

17
21

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
# LA DORADA
NIT. 846.002.309-9

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL SARS-COV-2 / COVID-19

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos | Minsalud

CIUDAD San Miguel. FECHA: DÍA 26 MES 03 AÑO 2025 HORA:

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:**

NOMBRES Sebastian Daniel APELLIDOS Villasmil Arayyo

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.122.344.000

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 22 MES: 04 AÑO: 2022 EDAD: 2 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar Tel: Sin Dato.

**INFORMACIÓN PREVIA.** La vacunación es una forma segura y eficaz de prevenir enfermedades y salvar muchas vidas. En la actualidad el país dispone de vacunas para proteger contra al menos 26 enfermedades, entre ellas, la difteria, el tétanos, la tosferina, la poliomielitis, la hepatitis, el cáncer de útero y el sarampión. Con la aplicación de las vacunas las personas se protegen a sí mismas y a quienes las rodean.

La vacunación contra el SARS- CoV-2/COVID-19 reducirá la posibilidad de presentar la enfermedad. En esta etapa de la emergencia, en la cual se inicia la aplicación de esta vacuna, se han reconocido beneficios y riesgos, que es importante que usted conozca antes de dar el consentimiento para su aplicación. Esta vacuna tiene aprobación de uso de emergencia y surtió los pasos para la validación científica y sanitaria que permite su aplicación segura en humanos.

**[redacted]OS IMPORTANTES DE LA VACUNA** (por favor, leer con detenimiento. Puede formular preguntas) Ha presentado gripa.

| | |
|---|---|
| ¿CÓMO SE APLICA? | Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides). |
| VACUNA Y DOSIS | Nombre de la vacuna a aplicar Ninguna.<br>Primera dosis [ ] Segunda dosis [ ] dosis única [ ] |
| BENEFICIOS | Prevención de la enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2. Reducción de la severidad de la enfermedad en caso de presentarse. Potencial protección del entorno familiar y los allegados. |
| RIESGOS | Presentación de efectos adversos a corto y mediano plazo posterior a su aplicación como: dolor en el sitio de inyección, dolor de cabeza (cefalea, articulaciones (artralgia), muscular (mialgia); fatiga (cansancio); resfriado; fiebre (pirexias); enrojecimiento e inflamación leve en el lugar de la inyección; inflamación de los ganglios (linfadenopatía); malestar general; sensación de adormecimiento en las extremidades, reacciones alérgicas leves, moderadas o severas. Estos no se presentan en todas las personas. |
| ALTERNATIVAS | A la fecha no se ha identificado otra medida farmacológica más eficaz que la vacunación para la prevención de la COVID-19. |

**INFORMACIÓN ESPECIFICA PARA GESTANTES**

[redacted] vacuna tiene aprobado el uso en mujeres gestantes desde la semana doce (12) y durante los 40 días postparto, siempre que los posibles beneficios superen los posibles riesgos con base en la evaluación clínica realizada en conjunto por el médico tratante y la gestante, lo cual deberá presentar al momento de la vacunación certificación que acredite tal evaluación.

La vacuna que se le está administrando es eficaz para evitar complicaciones severas y muerte en la gestante y el feto por SARS CoV-2 COVID-19

A la fecha no hay pruebas que la vacuna cause efectos adversos importantes para la mujer embarazada, el feto o la placenta, además de los ya observados para la población general

A nivel poblacional son muchos mayores los beneficios de administrar el biológico, sobre los riesgos de llegar a padecer COVID-19 durante la gestación, por el impacto que sobre la salud materna y perinatal produce la infección por SARS-Co-2 y ante el alto riesgo de complicaciones severas, ingreso a UCI, y morbilidad y mortabilidad materna y fetal asociada a esta enfermedad.

## EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

De manera voluntaria, después de haber recibido información por el personal de salud, de manera clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición, así como las explicaciones adecuadas, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la vacuna que se me ofrece. De la misma manera, se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por el laboratorio productor de la vacuna.

Entiendo que la suscripción de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad, y que NO tiene por objeto eximir de responsabilidad a las autoridades sanitarias o gubernamentales ni a las entidades que participaron en la aplicación de la vacuna contra el SARS-CoV-2/COVID-19 de brindar la atención en salud que sea necesaria por la aparición de posibles reacciones adversas no reportadas.

Soy mujer con más de 12 semanas de gestación o durante los 40 días postparto: SI ☐ NO ☐ y en caso afirmativo aporto certificación del médico tratante que acredita evaluación clínica para que obre adjunto a este consentimiento, requisito indispensable para recibir la vacuna.

En consecuencia, decido **ACEPTAR:** ☐ que se me aplique la vacuna. **NO ACEPTAR:** ☒ que se me aplique la vacuna

Firma de la persona: Michel Villasmil.

En caso de requerirse, identificación y firma del representante legal:

Nombres Michel Adriana Apellidos Villamir Araujo.

Tipo de Identificación: CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 7110847.

Firma: Michel Villasmil.

**En caso de requerirse firma a ruego:**

En virtud de que la persona a vacunar _____, identificado(a) con C.C. ☐ C.E. ☐

OTRO ☐ Número _____ de _____ no sabe o no puede firmar, a su ruego firma

_____ identificado(a) con C.C ☐ C.E. ☐ OTRO ☐ número _____

de _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

_____

Firma del Rogado
C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Jenniffer Yulieth Cabezas Meneses

Firma Jenniffer Cabezas Tipo de Identificación: CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1126446069.

**DATOS DE LA INSTITUCIÓN**

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFCD

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo MUNICIPIO: San Miguel.

Nota 1: Los menores de edad a partir de 12 años deben firmar junto con uno de sus padres o su representante legal
Nota 2: Para los menores de 12 años deben firmar sus padres o su representante legal

19

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
NIT. 846.002.309-9

**MI CARNET DE HIGIENE ORAL**

E.P.S. Emssanar
Nombres: Sebastian Daniel
Apellidos: Villasmil Araujo

Sexo: [X] M [ ] F  Fecha de Nacimiento: 27 | 04 | 2022
Identificación: RC 1122344000
Dirección: N.H.C.

*Servimos con amor*

| FECHA | PROCEDIMIENTO CP | S | F | D | PRÓXIMA CITA |
|---|---|---|---|---|---|
| 21-04-23 | X | | ✓ | 24-octubre-23 |
| 09-08-24 | ✓ | | ✓ | 09-agosto-24 |
| 31-08-25 | X | | X | 01-octubre-25 |
| 01-10-25 | ✓ | | ✓ | 01-abril-2026 |

Liliana Maribel Córdoba
HIGIENISTA ORAL
Res. 00493 de 2017

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA | F2.P2.CE | 15/07/2021 |
|---|---|---|---|
| | FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN | Versión 4 | Página 1 de 1 |

**Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:**

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad Sebastian Daniel Villasmil Araujo, identificado (a) con documento de identidad número 1122.341.000, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

| Autorización | Fotos | ✓ | Audios | ✓ | Videos | ✓ | Otros datos personales | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Autorización - Uso imagen del titular:**

Yo, Michael Adriana Villasmil Araujo, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número V. 7110847, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

| Autorización | Fotos | ✓ | Audios | ✓ | Videos | ✓ | Otros datos personales | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**La autorización comprende:**

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del menor de edad y/o del adulto mencionado (s) anteriormente según corresponda.
2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, y en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

Los productos autorizados son originados por Fundacion Alma de Vida, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa Institucional

**Suscriben:**

Firma: Michel Villasmil. A.
Nombre: Michel Villasmil. Araujo.
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3115521183
Fecha: 1-04-2025
Municipio: San Miguel.

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

# PACTO DE CONVIVENCIA MODALIDAD INSTITUCIONAL

Para este año electivo 2025 el pacto de convivencia de CDI Fronteras de paz y Fronteras de Paz 1, ha sido socializado y actualizado de forma igualitaria y democrática con los integrantes de la comunidad perteneciente al programa de un acuerdo colectivo expresado en compromisos que se asumen con el objetivo de crear espacios apropiados para el desarrollo integral de las niñas y los niños que faciliten el desarrollo de relaciones entre niños y niñas, maestras administrativos padres de familia y demás personas que hacen parte de la primera infancia.

## DERECHOS Y DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

### DERECHOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

- ✓ Que se le respeten y salvaguarden los derechos fundamentales (vida, salud, educación, integridad) de los niños y las niñas según las leyes que los amparan.
- ✓ Al afecto y buen trato y a que mi padre, madre o cuidador responsable atienda las llamadas de las maestras o personal del CDI en los horarios definidos.
- ✓ A una alimentación balanceada, acorde a su edad y según la minuta.
- ✓ Reconocimiento ante los demás compañeros.
- ✓ A que nos cuente que está pasando en la actualidad y nos expliquen porque este cambio en el modo de vida.

### DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

- ✓ Saludar a las personas con las que me relaciono diariamente y comparto rutinas con mi familia.
- ✓ Reconozco que a veces me equivoco y pido disculpas, respetando a las personas con las que convivo.
- ✓ Cuido y recojo los materiales pedagógicos y mis pertenencias, utilizo las palabras; por favor, gracias, y hablo sin gritar.
- ✓ Atiendo cuando los demás me hablan y participó activamente en las actividades propuestas por las maestras o personal pertinente del CDI Fronteras de Paz, Fronteras de paz 1.
- ✓ Aplico normas de higiene (lavo mis manos con agua y jabón por lo menos cinco veces al día por más de 20 segundos. Me cepillo los dientes por lo menos; después de cada comida, antes de acostarme y después de levantarme) y a consumo los alimentos, especialmente las frutas y las verduras.
- ✓ Acudir de manera periódica a las UDS.

## DERECHOS Y DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

### DERECHOS DE LOS PADRES DE FAMILIA

- ✓ A que su hijo reciba una excelente atención; que las practicas, retos propuestos sean acordes a la edad y las necesidades de los niños y las niñas.
- ✓ A pertenecer a los comités de padres de familia.
- ✓ A que se le dé un buen trato por parte de los empleados y demás padres usuarios y a que se le escuche cuando presente sugerencias, quejas, reclamos o solicitudes.
- ✓ A recibir acompañamiento y orientación pertinente, y oportuna, que fortalezcan la práctica de cuidado y crianza de los niños y las niñas en el hogar.

### DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

- ✓ En el momento de la matricula presentar los documentos solicitados y mantenerlos actualizados según corresponda.
- ✓ Informar a la agente educativa oportunamente situaciones que pongan en riesgo el bienestar de la familia especialmente el desarrollo integral de los niños y las niñas, por el medio de comunicación que considere

(telefónico, mensajería y/o escrito).

- ✓ Informar oportunamente si el niño o niña presenta alergias, asma, o enfermedades que afecten su estado de salud al agente educativo, en caso que impidan su asistencia justificarla en lo posible por escrito.
- ✓ A través del Buzón de Sugerencias manifestar sus Quejas, Peticiones, Reclamos, Sugerencias y/o felicitaciones.
- ✓ Si se toma la decisión de retirar la niña o el niño del CDI, Informar verbalmente mediante llamada o escrito por mensaje o carta de retiro voluntario escrito con el fin que a la maestra para que ella informe a coordinación.
- ✓ Asistir a las jornadas de formación a familia mensualmente y actividades de trabajo que se consideren necesarias.
- ✓ Hacer uso del uniforme cuando las condiciones económicas le permitan.
- ✓ Evitar el uso dentro del CDI de joyas de valor y el ingreso mecato dinero o juguetes
- ✓ Dar cumplimiento estricto a los horarios de ingreso y salida. CDI Fronteras de Paz (La Dorada), hora de ingreso 8:00 am (casos excepcionales los días de lluvia ingreso máximo hasta las 8:15 am) y hora de salida 4:00 pm. Puerto Colon hora de ingreso 8:00 am (casos excepcionales los días de lluvia ingreso máximo hasta las 8:15 am) hora de salida 4:00 pm.
- ✓ Se permitirá la apertura del portón de las instalaciones del CDI Fronteras de paz 1 Puerto Colon,10 minutos antes de la hora de ingreso, así como También en la hora Salida, (solo en casos excepcionales de días de Lluvia) con el fin de resguardar a los usuarios y a sus familias, según las condiciones climáticas.

## CONSECUENCIAS DE COMPORTAMIENTOS INADECUADOS E INCUMPLIMIENTO DE DEBERES POR PARTE DE LOS PADRES DE FAMILIA.

1) En caso de incumplimiento de los deberes o acuerdos establecidos en el pacto de convivencia por parte de los padres, se procederá a iniciar un diálogo entre los padres de familia, la agente educativa, la coordinadora, Apoyo Psicosocial y/o Nutricionista, según corresponda. Como parte del proceso, se implementarán estrategias que pueden incluir llamados de atención, establecimiento de compromisos y actividades pedagógicas como trabajos comunitarios y mingas, de acuerdo con su pertinencia y viabilidad para garantizar el cumplimiento de los compromisos y actividades propuestas.

2) En caso de inasistencias no justificadas, agente educativa remitirá el caso a apoyo psicosocial y Nutricionista; quienes realizaran contacto y seguimiento por medio telefónico, en encuentro en el hogar o por el medio que sea necesario, constatando el estado y motivo de la inasistencia del usuario o usuaria y tomará las acciones pertinentes y pactará compromisos con las familias (diligenciamiento del formato de novedades); para dar continuidad a la atención en la UDS. Si reincide en otra falta se notificará a la coordinadora, quienes junto con la psicosocial verificaran la justificación a la inasistencia y activación de rutas ante el incumplimiento.

Para efectos de legalidad, se firma el presente documento a los 28 días, del mes de abril del año 2025.

**PAOLA CHATES**
Coordinadora pedagógica

**EDDY PATRICIA LÓPEZ**
Apoyo psicosocial

Michel Vellasmil A.
**Firma del Padre de Familia y/o acudiente**

Andrea Montenegro
**Agente educativa**

Sebastian
**Huella del niño/niña**

**EMPRESA DE ENERGÍA DEL BAJO PUTUMAYO S.A. E.S.P.**
Nit. 846.000.553-0 - NUIR: 2-86568000-7
Autorretenedores Res. 547 de 25/01/2002
Responsables de IVA

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

| Código de Suscripción | SM 11466-6 | Pago oportuno hasta: | INMEDIATA | Mes Facturado |
|---|---|---|---|---|
| Factura Nro | 2037111819 | Suspensión a partir de: | INMEDIATA | ABRIL 2025 |

## 1.Información Genera

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre:** | NEREIDA SILVA | **Último pago** | $ 195,690 |
| **Dirección:** | 9 DE ABRIL | Tuve servicio de energía entre: | 18-MAR-2025 - 17-ABR-2025 (30) |

| Ciclo | Ruta | Orden | Estrato | Tipo de Uso | Área | Nivel de Tensión | Carga Instalada | Tipo de Red | Propiedad de Activos | Código Tarifa | División Geopolítica |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SM1 | S103 | 187 | 2 | RESIDENCIAL | URBANA | 1 | .8 | AEREA | EMPRESA | 105 | SAN MIGUEL - 9 DE ABRIL |

| Tipo de Documento | Fecha y hora de Emisión | Fecha y hora de Generación | Medio de Pago | Forma de Pago | Factura Electrónica de Venta |
|---|---|---|---|---|---|
| FACTURA DE VENTA | 25/04/25 | 25-APR-25 | PAGO EN EFECTIVO | CONTADO | EEBP - 221349 |

## 2.Información Consumo Energía

Componentes de Costo (CU)*: Generación 554.71 + Transmisión 56.28 + Distribución 265.83 + Comercialización 128.18 + Pérdidas 77.36 + Restricción 23.14 = CU 1105.5 ($/KwH)

### 2A.Información Medidor

| Marca | Serial | Factor Múltiplo |
|---|---|---|
| HIK | 19873250 | 1 |

### 2B.Información de Lecturas

| Energía | Lectura Actual | Lectura Anterior |
|---|---|---|
| Activa: | 4754 | 4689 |
| Reactiva: | | |

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

### 2C.Liquidación Consumo del Periodo

| | | |
|---|---|---|
| Consumo Activa Kwh: | 65 | |
| Consumo Reactiva KVarh: | 0 | |
| Costo del consumo $ | 71857.49 | |
| Tarifa (hasta 173 Kwh): | 552.75 | |
| Subsidio: % 50 | $ | -35928.75 |
| Contribución: % 0 | $ | 0 |
| Sub Total $ | 35928.74 | |

Meses en deuda: 2 — % Tasa Interés Moratorio: 0.5

### 2D.Consumo Últimos 6 Meses

| | Mes | Activa | Reactiva |
|---|---|---|---|
| 2024 | OCTUBRE | 53 | 0 |
| 2024 | NOVIEMBRE | 89 | 0 |
| 2024 | DICIEMBRE | 98 | 0 |
| 2025 | ENERO | 111 | 0 |
| 2025 | FEBRERO | 71 | 0 |
| 2025 | MARZO | 69 | 0 |
| | PROMEDIO | 82 | 0 |

### 2E.Información Calidad del Servicio

Tel. O.R EEBP: 01 8000 942415
Transformador: SLD114 Grupo: 22
DIUG: 30.24 FIUG: 19 Circuito: C14
Cargo D: 253.2346 Dscto %t: 20
CEC: 69.96
DIU: 90.93 FIU: 103
HC: 13.46 VC: 10
Valor a Compensar:

## 3.Información de Créditos EEBP

| Tipo de Plan | Capital Crédito | No. Cuotas | Saldo Capital | Cuotas Pagadas | Cuotas por Facturar |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

Gerente General

AVISO DE SUSPENSION

## 4.Detalle Conceptos del Servicio de Energía

| Conceptos EEBP | Valor Liquidado | Saldo Anterior | Saldo a Favor o Anticipado | Total |
|---|---|---|---|---|
| ACTIVA SENCILLA MONOMIA | 71,857.49 | 28,664.88 | .00 | 100,522.37 |
| SUBSIDIO | -35,928.75 | .00 | .00 | -35,928.75 |
| AJUSTE A SUBSIDIO | 2,517.12 | 2,517.12 | .00 | 5,034.24 |
| RECARGO POR MORA | 155.91 | .00 | .00 | 155.91 |
| AJUSTE A LA DECENA | 4.23 | .00 | .00 | 4.23 |

## 5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP — 69,788

## 6.Información Facturación Convenio Impuesto Alumbrado Públi

| Sujeto Activo | Operador A.P. | Convenio No. | Dirección PQR | Valor Periodo | Saldo Ant. | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| MUNICIPIO DE SAN MIGUEL | MUNICIPIO SAN MIGUEL | ACUERDO 008 31/08/2023 | Cra 4 Cll 7 Esquina | 5,014 | 7468 | 12,482 |

## 7.Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillad

| Concepto | Empresa | Dirección PQR | USO | Valor Tarifa | Subsidio o Factor Solidario | Cargo Consumo o Variable | Valor Tasa Ambiental | Saldo Anterior | Ajustes/Otros | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Alcantarillado | | | | 0 | 0 | | | 0 | | 0 |
| Aseo* | | | | 12,000 | 0 | | | 12,000 | | 24,000 |

*Aseo: Frecuencia Semanal > No Aprovechables: 3 Barrido: 3

## 8.Información Facturación Otros Convenios

| Concepto | Empresa | Dirección PQR y/o Teléfono | Valor Tarifa | Saldo Anterior | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

| Total EEBP | + Total Impuesto Alumbrado público | + Total Aseo y/o Alcantarillado | + Total Otros Convenios | = Debo pagar en Total |
|---|---|---|---|---|
| 69,788 | 12,482 | 24,000 | 0 | $ 106,270 |

FE: 4f46b8f64b1b06903d4d5a112c275178ac7e18907fdb468fb514ad8db0dc95759656dd9c3bbbb8c789016f8a21717a0f

(415)7709998005532(8020)100020371118190O(3900)0000106270(96)20250521

Paga fácil por Internet en www.eebpsa.com.co/factur
www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

## PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre 24

**Ciudad** San Miguel la Dorada

**Nombre completo de la niña o niño** SEBASTIAN DANIEL VILLASMIL ARAUJO

**Fecha de nacimiento** 22 04 2022 **N° Documento de Identidad** 1.122.344.000

**Sexo** Masculino ⊗ Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** Día 14 Mes 04 2025

**Primer Registro Cualitativo**

**Nombre del observador** Andrea Montenegro

**Fecha de registro cualitativo** Día 2 Mes 07 2025

**Rango de edad**
0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

**Color de registro valoración cualitativa** ☐ **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

**Observaciones generales**
El niño Sebastian disfruta jugar con la pelota, Participar en actividades al aire libre y realizar movimientos como Correr, Saltar, Lanzar. Se fortalecera la independencia, mediante actividades Cotidianas

Acciones concretas a realizar para potenciar el desarrollo ***(en caso de perfil de desarrollo en alerta)***

**Segundo Registro Cualitativo**

**Nombre del observador** Andrea Montenegro.

**Fecha de registro cualitativo** Día 2 Mes 10 Año 2025

**Rango de edad**
0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

**Color de registro valoración cualitativa** ■ **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

**Observaciones generales**
Sebastian, Se encuentra dentro del rango esperado Para su edad, mostrando avances en su Comunicación y autoestima, Participando con interés en las diferentes actividades, Se Seguira apoyando Su identidad Social y Conocimiento de los objetos

Acciones concretas a realizar para potenciar el desarrollo ***(en caso de perfil de desarrollo en alerta)***

**Tercer Registro Cualitativo**

**Nombre del observador**

**Fecha de resgistro cualitativo** Día Mes Año

**Rango de edad**
0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

**Color de registro valoración cualitativa** ☐ **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

**Observaciones generales**

Acciones concretas a realizar para potenciar el desarrollo ***(en caso de perfil de desarrollo en alerta)***

| ración itativa ⇨ | Relación con los demás | | | | | | | | | | | | | | Relación consigo misma/o | | | | | | | | | | | | Relación con el mundo | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Comunicación | | | | | | Interacción | | | | | | Construcción de normas | | | Identidad | | | | | | Autoestima | | | Manejo corporal | | | Conocimiento de los objetos | | | Relaciones de causalidad | | | Representación de la Realidad Social | | |
| | Verbal | | | No verbal | | | Independencia | | | Cooperación | | | Autonomía | | | Personal | | | Social | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1a | 2a | 3a | 1a | 2a | 3a | 1a | 2a | 3a | 1a | 2a | 3a | 1a | 2a | 3a | 1a | 2a | 3a | 1a | 2a | 3a | 1a | 2a | 3a | 1a | 2a | 3a | 1a | 2a | 3a | 1a | 2a | 3a | 1a | 2a | 3a |
| 0 a 6 meses | 1 2 3 | 1 2 3 | 1 2 3 | 4 5 | 4 5 | 4 5 | 6 7 | 6 7 | 6 7 | 8 9 | 8 9 | 8 9 | 10 | 10 | 10 | 11 12 13 | 11 12 13 | 11 12 13 | 14 15 | 14 15 | 14 15 | 16 17 18 | 16 17 18 | 16 17 18 | 19 20 21 22 | 19 20 21 22 | 19 20 21 22 | 23 | 23 | 23 | 24 | 24 | 24 | 25 | 25 | 25 |
| 6 meses y 1 día a 12 meses | 1 2 | 1 2 | 1 2 | 3 4 | 3 4 | 3 4 | 5 6 7 8 | 5 6 7 8 | 5 6 7 8 | 9 10 | 9 10 | 9 10 | 11 12 13 14 | 11 12 13 14 | 11 12 13 14 | 15 16 17 18 | 15 16 17 18 | 15 16 17 18 | 19 20 21 | 19 20 21 | 19 20 21 | 22 | 22 | 22 | 23 24 25 26 | 23 24 25 26 | 23 24 25 26 | 27 28 | 27 28 | 27 28 | 29 30 31 | 29 30 31 | 29 30 31 | 32 33 | 32 33 | 32 33 |
| 1 año y 1 día a 2 años | 1 2 | 1 2 | 1 2 | 3 4 5 | 3 4 5 | 3 4 5 | 6 7 8 | 6 7 8 | 6 7 8 | 9 10 | 9 10 | 9 10 | 11 12 | 11 12 | 11 12 | 13 14 | 13 14 | 13 14 | 15 16 | 15 16 | 11 16 | 17 18 19 | 17 18 19 | 17 18 19 | 20 21 | 20 21 | 20 21 | 22 23 | 22 23 | 22 23 | 24 | 24 | 24 | 25 26 | 25 26 | 25 26 |
| 2 años y 1 día a 3 años | 1 2 3 | 1 2 3 | 1 2 3 | 4 5 | 4 5 | 4 5 | 6 7 8 | 6 7 8 | 6 7 8 | 9 | 9 | 9 | 10 11 12 | 10 11 12 | 10 11 12 | 13 14 | 13 14 | 13 14 | 15 | 15 | 15 | 16 17 18 | 16 17 18 | 16 17 18 | 19 20 21 | 19 20 21 | 19 20 21 | 22 23 24 | 22 23 24 | 22 23 24 | 25 26 | 25 26 | 25 26 | 27 | 27 | 27 |
| 3 años y 1 día a 4 años | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 6 7 8 | 6 7 8 | 6 7 8 | 9 10 11 | 9 10 11 | 9 10 11 | 12 | 12 | 12 | 13 14 15 16 | 13 14 15 16 | 13 14 15 16 | 17 18 | 17 18 | 17 18 | 19 20 21 | 19 20 21 | 19 20 21 | 22 23 24 25 | 22 23 24 25 | 22 23 24 25 | 26 27 | 26 27 | 26 27 | 28 29 30 | 28 29 30 | 28 29 30 | 31 32 33 34 | 31 32 33 34 | 31 32 33 34 | 35 36 | 35 36 | 35 36 |
| 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días | 1 2 | 1 2 | 1 2 | 3 | 3 | 3 | 4 5 | 4 5 | 4 5 | 6 7 | 6 7 | 6 7 | 8 | 8 | 8 | 9 10 | 9 10 | 9 10 | 11 12 | 11 12 | 11 12 | 13 14 | 13 14 | 13 14 | 15 | 15 | 15 | 16 17 | 16 17 | 16 17 | 18 | 18 | 18 | 19 20 | 19 20 | 19 20 |

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

26
RIV

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Sebastian Villamil UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulo 2 AGENTE EDUCATIVO: Andrea Matanegra

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 1-04-2025

Clasificación de la Información:
CLASIFICADA

| FECHA | DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN | ACCIÓN | FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO | FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A) |
|---|---|---|---|---|
| 2-diciembre-2025 | el niño no asiste a la Unidad de atencion Parvulo 2. | Agente educativa realiza llamada telefonica Para Conocer el motivo de la inasistencia del niño el Cual refiere que Presenta dolor de estomago y fiebre desde temprano en casa bajo cuidado.<br>Se recomienda a la madre del niño si el dolor persiste llevarlo al hospital.<br>Siendo las 4:00pm agente educativa Se comunica con la madre de familia, Para conocer el estado de Salud, El cual refiere que se encuentra bien. | Andrea Matanegra | Yicbel Villamil. |

BIENESTAR FAMILIAR

| | SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO |
|---|---|
| 3/12/25 | el niño asiste a la Unidad de atencion Parulo 21 aparentemente bien de Salud, Se Procede a Cenar navidad<br><br>-Michel Villasmil. |

SAN MIGUEL - PUTUMAYO
TELÉFONO:3214190858
CORREO ELECTRÓNICO: almadevida@outlook.com

28
RV

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Sebastian Villasmil UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulos 2 AGENTE EDUCATIVO: Andrea Montenegro

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 1-04-2025

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

| FECHA | DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN | ACCIÓN | FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO | FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A) |
|---|---|---|---|---|
| 24-octubre-2025 | el niño no asiste a la Unidad de atencion Parvulos 2 | Agente educativa, realiza llamada telefonica para hacer el motivo de la inasistencia del niño a la cual, la madre manifesta que tiene que ir a la hormiga a realizar unas diligencias y por lo tanto no cuenta con quien lleve al niño y quien lo recoja | Andrea Montenegro | -Michel Villasmil |

BIENESTAR FAMILIAR

| | SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO |
|---|---|
| 27/10/25 | El niño, asiste a la Unidad de atencion Paulas 2, en buenas condiciones de Salud, Se Procede a Cenar nuevel. |

-Michel Villasmil.

30 RL

BIENESTAR FAMILIAR

**REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES**

**NOMBRE DEL USUARIO:** Sebastian Villasmil **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Andrea Montenegro

**MUNICIPIO:** San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 1-04-2025

**Clasificación de la Información:**
**CLASIFICADA**

| FECHA | DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN | ACCIÓN | FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO | FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A) |
|---|---|---|---|---|
| 22-octubre-2025 | el niño no asiste a la Unidad de atención Parvulos 2 | Agente educativa realiza llamada telefonica, Para Conocer el motivo de la inasistencia del niño. La madre refiere que venian en camino al CDI, Pero se quedaron varados Por falta de gasolina y al percatarse de la hora ya era demasiado tarde Para llevar al niño. Informa que el niño se encuentra bien. | Andrea Montenegro | -Michel Villasmil |

BIENESTAR FAMILIAR

| | SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO |
|---|---|
| 23/10/25 | el niño asiste ala Cnydad de atencion Parvulos 2, aparentemente bien de Salud, Se Procede a Cerrar novedad. |

- Michel Villaamil.

SAN MIGUEL - PUTUMAYO
TELÉFONO:3214190858
CORREO ELECTRÓNICO: almadevida@outlook.com

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

**REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES**

**NOMBRE DEL USUARIO:** Sebastian Villasmil **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Andrea Montenegro

**MUNICIPIO:** San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 1-04-2025

**Clasificación de la Información:**
**CLASIFICADA**

| FECHA | DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN | ACCIÓN | FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO | FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A) |
|---|---|---|---|---|
| 17 - octubre - 2025 | el dia de hoy el niño no asistio a la Unidad de atencion Parvulos 2 | Agente educativa realiza llamada telefonica Para Conocer el motivo de la Inasistencia de la niña, el Cual no se obtuvo respuesta Se deja Un mensaje Via Whatsapp Solicitando Informacion | Andrea Montenegro | -Michel Villasmil Amajo. |

BIENESTAR FAMILIAR

| | SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO |
|---|---|
| 20/10/25 | Agente educativa realiza llamada telefonica Para conocer el motivo de la inasistencia, el cual no Se obtuvo respuesta. Se deja Un mensaje Via whatsapp Solicitando información |
| 20/10/25 | Se recibe la novedad de la inasistencia del menor sebastian villamil, y se procede a llamar en 4 ocasiones dos a las 8:46 am y las otras 2 veces a las 8:58am sin respuesta alguna, se procede a (deja) intentar dejar un mensaje via whatsApp, pero el numero no tiene WhastSAPP. |
| 21/10/25 | Se procede a llamar nuevamente al numero que me dio la profe Mayra a las 9:46am via llamada de voz, contesta el padre de familia, se procede a presentarme decir mi nombre y que soy la psicologa y le pregunto por el motivo de la inasistencia lo cual refiere que el domingo nos purgamos todos en la casa y ayer amanecimos (sin) malitos todavia. y por eso no la mande el dia de hoy ya asistieron normalito ya se encuentra bien el niño |
| | El niño asiste a la Ciudad de atencion Paulos 2. aparentemente bien de Salud, Se Procede a Cerrar novedad. -Richel V. Villasmil-I. Araujo. |

BIENESTAR FAMILIAR

**REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES**

**NOMBRE DEL USUARIO:** Sebastian Villasmil **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Andrea Montenegro

**MUNICIPIO:** San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 1-04-2025

**Clasificación de la Información:** CLASIFICADA

| FECHA | DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN | ACCIÓN | FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO | FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A) |
|---|---|---|---|---|
| 14 - octubre 2025. | Madre de familia Se Presenta a la Unidad de atencion Parvulos 2, dando a conocer que el niño no asistira Por motivo de que Presenta dolor de estomago el cual Solicita Permiso por el dia de hoy. | Se recomienda a la madre de familia Si el dolor Persiste llevarlo al hospital<br>• Se anexa a la novedad la firma de la madre. | Andrea Montenegro | -Michel Villasmil |

BIENESTAR FAMILIAR

| | SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO |
|---|---|
| 15/10/25 | el niño asiste a la Unidad de atencion Parvulos 2 en buenas Condiciones de Salud. Se Procede a Cerar novedad. |

SAN MIGUEL - PUTUMAYO
TELÉFONO:3214190858
CORREO ELECTRÓNICO: almadevida@outlook.com

36
RIV

BIENESTAR FAMILIAR

**REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES**

**NOMBRE DEL USUARIO:** Sebastian Villasmil **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos 2 **AGENTE EDUCATIVO:** _____

**MUNICIPIO:** San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 1-04-2025

**Clasificación de la Información:**
**CLASIFICADA**

| FECHA | DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN | ACCIÓN | FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO | FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A) |
|---|---|---|---|---|
| 2-Julio-2025 | el dia de hoy el niño no asiste a la Unidad de atencion Parvulos 2 | Agent educativa Se comunica Con la madre de familia mediante llamada telefonica Para conocer el motivo Por el Cual no asistio en el dia de hoy, la madre de familia manifiesta que el niño Presenta Una inflamacion en el dedo del Pie como Una ampolla que al Parecer le Causa dolor.<br><br>Se recomienda observas Signos de alarma Como enrojecimiento, aumento del dolor o fiebre y en Caso de Persistir acudir al medico Para Valoracion medica. | Andrea Montenegro Agent educativa | - Michel Villasmil |

BIENESTAR FAMILIAR

| | SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO |
|---|---|
| | Siendo en horas de la tarde, agente educativa, Se comunica con la madre de familia Para conocer el estado de Salud del niño, mediante llamada telefonica el Cual no fue Posible<br>-Michel Villasmil. |
| 03-Julio 2025 | Siendo hoy, Jueves 3-Julio-2025, Agente educativa Se comunica con la madre de familia mediante llamada telefonica Para conocer el estado de Salud del niño el Cual no fue Posible.<br>-Michel Villasmil |
| 04-Julio 2025 | Siendo hoy, Viernes 4-julio-2025, la madre de familia Se comunica por medio de llamada telefonica Con la agente educativa, Pidiendo disculpas Por no haber respondido anteriormente, ya que Se le había dañado el Celular. Informa que el niño Se encuentra hospitalizado debido a una infección en el dedo del Pie, Señala que le estan Suministrando medicamentos, antibioticos y todo lo necesario Para Su Pronta recuperación, Se repata a Nutricion y Salud. Diana Aguirre<br>-Michel Villasmil. |
| 05-Julio 2025 | Siendo hoy, Sabado 5-julio-2025 Agente educativa Se comunica Por medio de llamada telefonica Con la madre de familia Para conocer el estado de Salud el Cual manifiesta que el niño Se encuentra mejor, no Presenta fiebre y que la afección Se limita Unicamente al dedito del Pie y aun Se encuentran hospitalizado.<br>-Michel Villasmil |
| 06-Julio 2025 | Siendo hoy Domingo 6-julio-2025., la madre de familia Se comunica con la agente educativa manifestando que al niño le dieron de alta, a las 9:00 am y le fue otorgada Una incapacidad medica desde el 7 hasta el 11 de julio, Por lo cual no asistira durante esos dias a la Unidad<br>-Michel Villasmil |

38 RIV

BIENESTAR FAMILIAR

**REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES**

NOMBRE DEL USUARIO: Sebastian Villasmil. UNIDAD DE ATENCIÓN: Paruulos 2 AGENTE EDUCATIVO: _____

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 1-04-2025

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

| FECHA | DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN | ACCIÓN | FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO | FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A) |
|---|---|---|---|---|
| 07-Julio-2025 | El día 07 de julio - 2025 la nutricionista intenta comunicarse con la madre del niño Sebastian Villasmil para conocer su estado de salud. | La Nutricionista intenta comunicarse con la madre de familia mediante llamada telefonica, llamada por whatsapp, mensajes en whatsapp, sin embargo no hay respuesta por parte de la madre. En horas de la tarde (4:50 pm) la madre da respuesta vía whatsaap refiriendo que el niño se encuentra mejor, a esta respuesta se realiza la solicitud de la incapacidad e historia clínica del niño y la madre a las 11:58 pm envia registro fotografico vía whatsaap, se reitera en preguntar por el estado del niño pero no se obtiene respuesta. | Diana Aguirre Nutricionista Paruulos | Michel Villasmil. |

BIENESTAR FAMILIAR

| | SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO |
|---|---|
| | 8/07/2025. El equipo interdisciplinario realiza llamada telefonica a la Madre de Familia de Sebastian Daniel, manifestando que el niño se encuentra en el hogar, en compañia de Familia recibiendo cuidados y siguiendo las recomendaciones de los profesionales en salud. Se recomienda estar alerta a los logros y avances del niño e informar cualquier novedad. la Madre informa que el finalizo la incapacidad Medica y se lo reintegro a la unidad de atención. |

* [illegible] Psicosocial.

* Diana Aguirre Notificadora.

Michel Orillo Mil.